Ankenævnet for Forsikring

Den 22. november 2017 blev i sag nr. 90885:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har haft pensionsordning med forsikring mod tab af erhvervsevne i Danica Pension. Han klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at yde dækning for tab af erhvervsevne.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at klagerens krav er anmeldt for sent, og at der dermed er indtrådt forældelse. Selskabet henviser til, at det fremgår af forsikringsbetingelserne, at krav om udbetaling skal anmeldes inden 6 måneder efter dækningens ophør, uanset årsagen.

Det fremgår af sagen, at klageren fratrådte sit job den 31/1 2015. Pr. 1/5 2015 overgik pensionsordningen til fripolice uden forsikringsdækning for erhvervsevnetab.

Klageren har anmeldt erhvervsevnetabet ved skadeanmeldelse af 21/9 2016, som er modtaget af selskabet den 23/9 2016. Af anmeldelsen fremgår bl.a.:

> "Jeg blev sygemeldt fra … i august 2014, da de mente, at jeg udviste stresstegn. Efter at … forlængede min sygemelding tre gange, endte de med at opsige mig.
>
> Jeg gik hjemme et par måneder, hvor lægen mente, at jeg var stressramt. Jeg troede derfor, da jeg fik tilbudt job pr. 1/3 2015, at jeg godt kunne begynde på arbejde igen.
>
> Det viste sig dog hurtigt, at jeg ikke kunne varetage jobbet ordentligt pga. hukommelses-, koncentrationsproblemer samt jeg havde svært ved at læse og meget svært ved computerarbejde, som ellers havde været mit speciale igennem … år.

Ansættelsen endte med en opsigelse pr. 1/6-15. Igen blev jeg diagnosticeret stressramt. Først i starten af 2016 blev jeg henvist til hukommelsesklinikken på …, hvor det desværre blev konstateret, at jeg har fået Alzheimers."

I brev af 6/1 2017 fra selskabet til klageren hedder det bl.a.:

"Jeg må oplyse, at du desværre ikke har ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling (præmiefritagelse) fra din pensionsordning.

Du har anmeldt dit krav for sent, og det er derfor forældet. I følge dine forsikringsbetingelser skal du anmelde dit krav senest seks måneder efter din dækning er ophørt. Dækningen ophørte den 1. maj 2015, og vi modtog en henvendelse fra din advokat den 14. september 2016 og din anmeldelse den 23. september 2016."

Klagerens advokat har i brev af 16/3 2017 til selskabet bl.a. anført:

"Jeg skal hermed påklage afgørelsen af 6. januar 2017. Afgørelsen er begrundet i, at kravet er forældet. Det gøres gældende, at dette ikke er tilfældet.

I lægeerklæring af 21. december 2016 til brug for kommunes vurdering af resurseforløb, fleksjob eller førtidspension, er anført, at … har haft symptomer ca. 2 år, før han blev sygemeldt i marts 2016.

Det fremgår endvidere, at … på grund af tiltagende hukommelsesproblemer, som debuterede i 2014, i december 2015 blev henvist til undersøgelse på en mistanke om demens. På dette tidspunkt var … opsagt af …, efter et sygeforløb på grund af det hans læge betegnede som stress.

I lægeattest af 17. marts 2016 oplyses, at … er under udredning i hukommelsesenheden på … Hospital på en mistanke om demens. Diagnosen Alzheimers demens med tidlig debut stilles i april 2016.

… er nu tilkendt førtidspension på baggrund af sygdommen.

Sygdommen anses for 'indtrådt' eller 'opstået' ved forekomsten af de symptomer, der gav anledning til den senere udredning. Dette følger af UfR1990.509H.

… eller de læger han konsulterede var ikke klar over, at de symptomer der viste sig 'ca. 2 år, før han blev sygemeldt i marts 2016' var en dækningsberettiget skade (en forsikringsbegivenhed), som berettigede til erhvervsevnetabsdækning.

I forbindelse med den seneste ændring af forsikringsaftaleloven er der i betænkning nr. 1423 under pkt. 8.1 en beskrivelse af gældende ret.

Her er blandt andet anført:

'§ 21 kan ikke ved aftale fraviges til skade for den sikrede, jf. § 21, stk. 4. Der har tidligere været rejst spørgsmål om, hvorvidt vilkår i forsikringsbetingelserne, som fastsætter en frist for anmeldelse af forsikringsbegivenheden ved forsikringens ophør, er i overensstemmelse med § 21, stk. 4.

I UfR 1993.893 H er det imidlertid fastslået, at en rimelig anmeldelsesfrist ved forsikringens ophør ikke er i strid med § 21, stk. 4, men er udtryk for en gyldig objektiv afgrænsning af forsikringsdækningen – i hvert fald i det omfang det pågældende vilkår er almindeligt anvendt i forsikringsbranchen.

Dommen vedrører et vilkår i en svampeforsikring, hvorefter forsikringen kun dækker, hvis forsikringsbegivenheden (svampeangreb) er anmeldt i forsikringstiden og indtil 3 måneder efter forsikringens ophør. Højesterets flertal fandt, at vilkåret ikke er i strid med § 21, stk. 4, og lagde vægt på, at vilkåret er almindeligt ved svampeforsikringer, at vilkåret ikke i øvrigt regulerer, hvornår forsikringsbegivenheden skal anmeldes, at vilkåret giver den sikrede en rimelig periode efter forsikringens ophør til at konstatere og anmelde eventuelle skader, at formålet med vilkåret må antages at være at foretage en klar afgrænsning af selskabets ansvar ved forsikringens ophør – ikke at fremskynde indgivelse af skadesanmeldelse, og at forsikringsselskabet har en anerkendelsesværdig interesse i en sådan tidsmæssig afgrænsning.

I UfR 1994.725 Ø var det i forsikringsbetingelserne for en erhvervsansvarsforsikring bestemt, at kravet skulle anmeldes til forsikringsselskabet i forsikringstiden, dvs. at der ikke var nogen frist for anmeldelse efter forsikringens ophør. Landsretten udtalte, at selskabet for så vidt havde en anerkendelsesværdig interesse i at foretage en klar tidsmæssig afgrænsning af dets forpligtelser ved forsikringens ophør, men fandt samtidig, at dette hensyn antagelig ville kunne varetages tilstrækkeligt ved fastsættelse af en vis kortere anmeldelsesfrist efter forsikringens ophør, f.eks. 3 eller 6 måneder. Under henvisning til, at anmeldelse først var sket ca. 1 år og 3 måneder, efter at sikrede overfor skadelidte havde anerkendt erstatningsansvaret, og mere end 7 måneder, efter at erstatningskravet var opgjort, fandt landsretten dog ikke anledning til at tage stilling til, om forsikringsvilkåret kunne tilsidesættes og erstattes med en fristbestemmelse. Forsikringen var ophørt ca. 6½ måned før anmeldelsen til selskabet.

I FED 2001.805 V anerkendte Vestre Landsret et vilkår i en ansvarsforsikring om, at forsikringen ikke dækker krav, som anmeldes mere end 3 måneder efter forsikringens ophør.'

I betænkningen afsnit 8.3 'Udvalgets overvejelse' er blandt andet anført:

'Efter det for udvalget oplyste giver reglerne om anmeldelse af forsikringsbegivenheden ikke i dag anledning til nævneværdige problemer i praksis.

Det har tidligere givet anledning til tvivl, om forsikringsaftalelovens § 21, stk. 4, er til hinder for, at der i forsikringsbetingelserne findes vilkår om anmeldelsesfrister ved forsikringens ophør. Ved UfR 1993.893 H må det imidlertid anses for fastslået, at sådanne vilkår ikke er i strid med § 21, stk. 4 – i hvert fald ved forsikringstyper, hvor de pågældende vilkår er almindeligt anvendt.

Vilkår om anmeldelsesfrister ved forsikringens ophør anses således for at indeholde en objektiv tidsmæssig afgrænsning af forsikringsdækningen. Som påpeget i retspraksis har forsikringsselskabet generelt en anerkendelsesværdig interesse i en sådan afgrænsning, og forsikringstageren har i forbindelse med forsikringens ophør en naturlig tilskyndelse til at gøre sig klart, om der inden ophøret er sket forsikringsbegivenheder, som skal anmeldes til selskabet.

Anvendelsen af sådanne vilkår må efter udvalgets opfattelse forudsætte, at sikrede har en rimelig frist efter forsikringens ophør til at anmelde forsikringsbegivenheden. Dette er også fastslået i retspraksis, og domstolene må som udgangspunkt antages at ville tilsidesætte et vilkår om anmeldelsesfrister ved forsikringens ophør, hvor sikrede ikke har en rimelig frist til at anmelde forsikringsbegivenheden, jf. herved Højesterets begrundelse i UfR 1993.893 H refereret ovenfor i kapitel 8.1.'

Det følger af forsikringsaftalelovens § 120, at indtræder en ulykke eller sygdom, som omfattes af aftalen, i forsikringstiden, hæfter selskabet også for sådanne skadelige følger, som først viser sig senere.

I forsikringsbetingelserne i Danica pension, er anført, 'at anmeldelsen om at få udbetaling skal ske inden 6 måneder efter dækningens ophør, uanset årsag. Får vi anmeldelse senere, er der ikke dækning ved tab af erhvervsevne'.

Det gøres gældende, at der særligt ved vanskeligt diagnosebare sygdomme, hvor forsikringstageren eller sagkyndige ikke har mulighed for at konstatere, at der opstår et erhvervsevnetab, er den forudsætning, som er omtalt i betænkningen afsnit 8.3, ikke til stede.

Det gøres derfor gældende, at det bør anerkendes at der består en ret til udbetaling for tab af erhvervsevne og til præmiefritagelse."

I brev af 27/7 2017 fra selskabet til nævnet hedder det bl.a.:

"Af klagen fremgår det, at klager mener, at Danica Pension skal udbetale dækning ved tab af erhvervsevne med tilbagevirkende kraft fra karensperiodens udløb den 12. november 2014.

Danica Pensions afgørelse
Danica Pension fastholder, at anmeldelse af krav om udbetaling skal ske til selskabet senest 6 måneder efter dækningens ophør. Dækningen ophørte den 1. maj 2015, og klager har først anmeldt sit krav til Danica Pension den 23. september 2016, det vil sige 1 år og 4 måneder efter dækningens ophør.

Sagsfremstilling
Klageren havde som led i et ansættelsesforhold en pensionsordning i Danica Pension med blandt andet en dækning ved tab af erhvervsevne. Der er en karensperiode på 3 måneder. Forsikringsbetingelserne er vedlagt som bilag A.

Klager fratræder sit job den 31. januar 2015, og i den forbindelse sender vi brev den 21. januar 2015 (bilag B) til klager om, hvad der så skal ske med pensionsordningen.

Som konsekvens af, at klager ikke kontakter os inden den 30. april 2015 som nævnt i brevet i bilag B, sender Danica Pension den 12. maj 2015 et brev, hvoraf det fremgår, at

pensionsordningen er ændret til en pensionsordning uden indbetaling fra den 1. maj 2015. Med brevet er vedlagt en ny dækningsoversigt. Brevet vedlægges som bilag C.

Af skadeanmeldelsen (bilag D) fremgår det, at klager har været sygemeldt siden den 12. august 2014 på grund af Alzheimers. Danica Pension har ikke tidligere fået besked om dette.

Klager oplyser i anmeldelsen, at han fik nyt job den 1. marts 2015, men at det hurtigt viste sig, at han ikke kunne varetage jobbet. Han blev derfor opsagt pr. den 1. juni 2015. Den 14. april 2016 fik han stillet diagnosen Alzheimers.

Vurdering
Danica Pension fastholder, at det af klagerens forsikringsbetingelser fremgår, at krav om udbetaling skal indgives senest 6 måneder efter dækningens ophør.

Det fremgår af side 3 i forsikringsbetingelserne (bilag A), at der er en anmeldelsesfrist på 6 måneder efter forsikringens ophør, *uanset årsag*.

Det fremgår af side 24, at der ved fratræden er mulighed for såkaldt fortsættelsesforsikring, som er den fortsættelse, der blev tilbudt klageren i brevet fra den 21. januar 2015 (bilag B).

Da klageren ikke har benyttet sig af muligheden for en fortsættelsesforsikring i forlængelse af Danica Pensions brev fra januar 2015, og først foretager en anmeldelse vedrørende tab af erhvervsevne den 23. september 2016, må Danica Pension fastholde, at fristen for anmeldelse er udløbet, og at der derfor ikke kan blive tale om udbetaling af dækning.

Danica Pension har ikke i forbindelse med klagerens henvendelse foretaget en vurdering af, hvorvidt klageren opfylder kriterierne for at få udbetaling ved tab af erhvervsevne. Danica Pension har konstateret, at anmeldelsen af forholdet er sket mere end 1 år og 4 måneder efter dækningens ophør og har på den baggrund afvist, at der er dækning ved tab af erhvervsevne."

Klagerens advokat har i brev af 21/8 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"I indklagedes brev af 27. juli 2017 er anført, at der ikke har været kontakt mellem parterne. Det anførte er ikke korrekt.

Den 27. januar 2015 skrev [klageren] en mail til sin ægtefælle om, at han havde haft en samtale med Danica Pension om 'videreførelse af mine forsikringer/pensioner –'.

Jeg skal opfordre Danica Pension til at fremlægge samtlige notater i sagen. Begrundelsen for denne opfordring er, at … tilstand nu er således, at han ikke er i stand til at huske i detaljer, hvad der er passeret.

Danica Pension meddeler endvidere, at det i skadesanmeldelsen (bilag D) fremgår, at klager har været 'sygemeldt siden den 12. august 2014 på grund af Alzheimer samt at Danica Pension har ikke tidligere fået besked om dette'.

Der henvises til brev af 16. marts 2017 Danica Pension (bilag 2), hvor der er redegjort for dette spørgsmål.

> Problemet er, at der ikke er nogen, der har stillet eller sat 'navn' på diagnosen, før udredningen foregik på … Hospital, og man her når frem til diagnosen Alzheimer.
>
> … var ikke bekendt hermed og derfor heller ikke med at han havde en dækningsberettiget sygdom, endsige at sygdommen ville udvikle sig, som den gjorde. Det er først noget, der er kommet til hans kundskab efterfølgende, uanset at han haft forbindelse med læger løbende."

Hertil har selskabet i brev af 31/8 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

> "I vores brev fra den 27. juli 2017 har vi beskrevet, at Danica Pension den 21. januar 2015 (bilag B) sendte brev med tilbud om videreførsel efter fratrædelse til klager.
>
> Vi har ingen registreringer om kontakt fra klager i forbindelse med dette tilbud, og klager har som bekendt heller ikke accepteret et tilbud. Udover vores brev fra den 12. maj 2015 (bilag C) er det eneste, vi har registeret i perioden fra den 1. maj 2015 til den 1. november 2015 (inden for 6 måneders grænsen) en fuldmagt til … Bank. Denne fuldmagt er vedlagt som bilag E.
>
> Det har ingen betydning, at klager ikke har været bekendt med den eksakte diagnose. Det afgørende er, at klager først henvender sig mere end 6 måneder efter, at dækningen er ophørt."

Forsikringsbetingelserne indeholder følgende bestemmelser:

> **"Dækning ved tab af erhvervsevne**
> …
> **Vigtigt omkring anmeldelse, når dækningen ophører**
> Vi skal have anmeldelsen af krav om at få udbetaling inden seks måneder efter dækningens ophør, uanset årsagen. Får vi anmeldelsen senere, er der ikke dækning ved tab af erhvervsevne."

Nævnet udtaler:

Klageren blev i august 2014 sygemeldt fra sit arbejde, og han blev siden opsagt til fratrædelse den 31/1 2015. Selskabet har herefter i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne ladet pensionsordningen overgå til fripolice uden forsikringsdækninger pr. 1/5 2015, hvilket selskabet har orienteret klageren om ved breve af 21/1 2015 og 12/5 2015.

Klageren har ved skadeanmeldelse modtaget af selskabet den 23/9 2016 anmeldt tab af erhvervsevne. Selskabet har oplyst, at klagerens advokat desuden har henvendt sig til selskabet den 14/9 2016. Nævnet finder det ikke godtgjort, at klageren på et tidligere

tidspunkt end i september 2016 har kontaktet selskabet med oplysninger om sin sygemelding og/eller tab af erhvervsevne.

Af forsikringsbetingelserne fremgår det, at selskabet skal have anmeldelsen af krav om udbetaling ved tab af erhvervsevne inden seks måneder efter dækningens ophør, uanset årsagen. Får selskabet anmeldelsen senere, er der ikke dækning ved tab af erhvervsevne.

Nævnet finder, at dette aftalevilkår, der er en fravigelse af de almindelige forældelsesregler i forsikringsaftalelovens § 29 og forældelsesloven, gyldigt kan vedtages mellem parterne, jf. forsikringsaftalelovens § 29, stk. 6.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren har anmeldt skaden mere end 6 måneder efter, at forsikringen ophørte den 1/5 2015.

Det, som klagerens advokat i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand